

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 5**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria na qualidade do atendimento à saúde de usuário com HAS
e/ou DM da UBS/ESF Nova Natal, Natal/RN.**

ALCIDES EDGARDO MALDONADO PEREIRA

Pelotas, 2015

ALCIDES EDGARDO MALDONADO PEREIRA

**Melhoria na qualidade do atendimento à saúde de usuário com HAS
e/ou DM da UBS/ESF Nova Natal, Natal/RN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde da Família EaD
da Universidade Federal de Pelotas em parceria
com a Universidade Aberta do SUS, como requisito
parcial à obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família.

Orientador: FLÁVIO RENATO REIS DE MOURA

Pelotas, 2015.

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

P436m Pereira, Alcides Edgardo Maldonado

Melhoria na Qualidade do Atendimento à Saúde de Hipertensos e Diabéticos da UBS/ESF de Nova Natal – RN / Alcides Edgardo Maldonado Pereira; Flávio Renato Reis de Moura, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

82 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Moura, Flávio Renato Reis de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Agradecimentos

Agradeço ao Governo Federal da República Federativa do Brasil, pela oportunidade de trabalhar no campo da saúde com os mais necessitados, e a Universidade Federal de Pelotas, por sua disposição para a realização deste curso a distância, e meu conselheiro, por sua paciência, tolerância, trabalho duro e boa disposição permanente.

Resumo

Alcides Edgardo Maldonado Pereira. **Melhoria na qualidade do atendimento à saúde de usuário com HAS e/ou DM da UBS/ESF Nova Natal, Natal/RN.** 2015. 85 fl. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Ações voltadas para a população em nível da Atenção Primária em Saúde são fundamentais para a prevenção de doenças de ordem aguda e crônicas. Logo, esta intervenção teve como objetivo melhorar a atenção à saúde de usuários com hipertensão e diabetes que pertencem a área de abrangência da UBS/ESF de Nova Natal, Natal/RN. Para a realização do trabalho foram elaboradas ações nos quatro eixos temáticos de: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. As ações visavam a ampliação da cobertura, a melhoria de qualidade da atenção, a busca ativa dos faltosos às consultas, a melhoria dos registros, a avaliação de risco e a promoção de saúde para os hipertensos e diabéticos. Foi utilizada uma ficha espelho para realizar o registro e coleta de dados e também foi utilizada a planilha eletrônica no Excel ofertada pelo curso para auxiliar na análise dos dados. A intervenção ocorreu em 12 semanas, dos meses de fevereiro a maio do ano de 2015 e obteve como principais resultados: cobertura para hipertensão de 23%, sendo 197 pessoas acompanhadas e para diabetes 32% com acompanhamento de 76 usuários da UBS. As metas de qualidade foram de maneira geral atingidas em 100% para hipertensos e diabéticos, como por exemplo: exame clínico em dia de acordo com o protocolo, exames complementares em dia de acordo com o protocolo, prescrição de medicamentos considerando a farmácia popular, estratificação de risco, orientações nutricionais, orientações de práticas de atividades físicas e de higiene bucal. Os indicadores como avaliação da necessidade de atendimento odontológico e a busca ativa dos faltosos às consultas não ocorreram durante a intervenção. Neste contexto, conclui-se que a ação programática desenvolvida teve bons indicadores de qualidade para a população que foi atendida durante a intervenção, exceto para busca ativa de faltosos e atendimento odontológico. Verifica-se que para obtenção de melhores resultados é necessário o apoio da toda equipe de saúde.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.	60
Figura 2	Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na unidade de saúde.	60
Figura 3	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular.	62
Figura 4	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular.	62
Figura 5	Hipertensos que tiveram os registros adequados na ficha de acompanhamento.	64
Figura 6	Diabéticos que tiveram os registros adequados na ficha de acompanhamento.	65

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
DOE	Diálogo Orientador Especializando
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAD	Ensino a Distância
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
MS	Ministério da Saúde
NAFS	Núcleo de apoio a Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional.....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3. Comentário comparativo entre o texto inicial e o relatório de Análise situacional.	18
2 Análise Estratégica	20
2.1 Justificativa.....	20
2.2 Objetivos e metas.....	22
2.2.1 Objetivo geral	22
2.2.2 Objetivos específicos e metas	22
2.3.2 Indicadores	43
2.3.3 Logística.....	49
2.3.4 Cronograma	51
3 Relatório da Intervenção.....	52
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	52
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	54
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	55
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	56
4 Avaliação da intervenção.....	57
4.1 Resultados	57
5 Relatório da intervenção para gestores.	69
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.	72
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.	75
Referências	76
Anexos	78

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção em campo com o objetivo de melhorar a atenção à saúde de hipertensos e diabéticos da UBS/ESF de Nova Natal, Natal/RN. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho, construídas de maneira independente entre si, mas sequenciais e interligadas. Na primeira parte observamos a análise de situação desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de janeiro de 2014, sua finalização ocorreu no mês de agosto 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Pelo programa Mais Médicos cheguei a trabalhar no município Ceará Mirim, no entanto após alguns meses fui designado para trabalhar no município de Natal, no distrito Número 1, no Norte de Natal, mais especificamente em um bairro chamado de Nova Natal. É uma área que pertence à periferia da cidade de Natal, uma área semi-rural vizinha de uma área de fazendas, uma verdadeira fronteira, entre a cidade e o campo.

É basicamente bairro dormitórios porque as pessoas que vivem neste local, trabalham, em geral, na cidade de Natal e viajam diariamente utilizando diferentes meios de transporte.

A população que vive nesta área é constituída predominantemente de trabalhadores e aposentados. Em geral são pessoas de baixa renda e que utilizam os recursos da saúde pública, não tendo outra forma para o atendimento de seus problemas da saúde.

O contingente de pessoas idosas faz com que essa realidade ainda seja mais tangível. No posto de saúde, ou seja, nossa UBS, existem 6 equipes de Saúde da Família, cada uma com o seu médico, enfermeira, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Pela existência de 6 equipes existem áreas comuns, por exemplo, sala de preparo para o atendimento do usuário, sala de arquivo, sala de curativos, sala de vacinas, e a sala de administração. Isso faz com que os membros de cada equipe se organizem para realizar as respectivas tarefas utilizando salas em comum.

Cada médico e cada enfermeiro contam com uma sala de consulta. A unidade de saúde tem um gerente geral, um gerente administrativo e uma assistente administrativa.

Após a minha chegada à unidade de saúde verifiquei que existem apenas dois computadores com Internet, onde as consultas, de acordo com encaminhamentos feitos, são marcadas.

A área designada, Área 54, tem cerca de 4.000 pessoas e a área é subdividida em 5 microáreas e possuímos 4 agentes comunitários, sendo que uma área encontra-se descoberta.

A UBS/ESF carece de agentes de segurança, sendo que esta área, de Nova Natal, é considerada de alto risco pela frequência de episódios que exigem a intervenção da polícia ou de justiça.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Natal tem 3.273.956 habitantes (IBGE), 7 UBS, sendo 2 ESF e 5 UBS tradicionais. O município não disponibiliza NASF, CAPS e não possui CEO. Há situações clínicas com os usuários/famílias que precisam de apoio psicólogo e assistente social em nossa rotina de trabalho. Esta falta de alguns profissionais, realmente, afeta o trabalho da equipe. A direção da UBS está trabalhando em conjunto com as autoridades municipais para suprir estas necessidades. O município disponibiliza serviços de média e alta complexidade sendo materializado pela UPA e um hospital de retaguarda denominado Hospital dos Pescadores. Distribuídos nestas unidades existem profissionais de especialidades como: alergologia (alergista), cardiologia, oncologia, pediatria, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, geriatria, hematologia, hepatologia, psiquiatria, reumatologia, urologia, infectologia, mastologia, nefrologia, neurologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia e proctologia. Com relação aos exames complementares o município apresenta algumas limitações. Os exames de ultra-sonografia sempre estão atrasados e são realizados de acordo com a classificação de urgência que lhe é dado. Aqueles exames de ultra-sonografia que não recebem a classificação de urgentes podem demorar até seis meses e para as gestantes o tempo médio de espera é de 15 a 20 dias.

A UBS, na qual trabalho, está instalada no Norte Natal, região de Nova Natal, portanto, é uma UBS urbana em um bairro de muitos trabalhadores. Sem dúvida, é a principal porta de entrada da atenção primária no SUS, além da UPA do nível de atenção secundária. Nossa equipe (Equipe 54), esta composta por um médico, uma odontóloga, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, quatro

agentes comunitários de saúde (ACS). Nossa área tem 5 micro áreas e uma dessas micro áreas está descoberta sem ACS.

Fisicamente a unidade é composta por uma sala de arquivos, uma área de espera para os usuários, uma sala para farmácia, uma sala de escritório para as ACS, 2 banheiros para os usuários, seis clínicas para médicos, outras 6 para enfermagem, sala de vacinas, sala de preparo dos usuários, cozinha, um consultório para os dentistas, (onde funcionam 4 equipes de odontólogos), uma sala para administração e outras três salas para áreas de Almoxarifado, limpeza, sala de reuniões todas, sem ar condicionado. Esta região do Brasil é de altas temperaturas constantemente, por isso é necessário ter aparelhos de ar condicionado de forma permanente. Os consultórios, alguns deles têm banheiro para uso dos usuários e são limpos regularmente pela equipe de serviço. Há outros 2 para o profissional.

A relação entre funcionários da UBS é excelente e é desenvolvida com base no respeito mútuo. Com relação aos profissionais podemos dizer que os quatro dentistas, possuem mais de 20 anos de serviço e de profissão enquanto que os médicos são todos jovens e todos com menos de 3 anos de experiência. Alguns estão se preparando para a prova de residência. A equipe de enfermagem tem experiência de 5 a 20 anos de serviço, bem como técnicos em enfermagem. Todas as ACS têm mais de 10 anos de serviço, tais como ACS, em diferentes partes do RN. O administrativo está composto por quatro pessoas com o diretora da UBS e 3 jovens funcionários. Existem funcionários responsáveis pela segurança durante o dia e a noite. Esta UBS funciona de segunda a sexta-feira das 07:00 horas às 16:00 horas.

A tarefa dos profissionais é realizada no âmbito do ESF e durante as visitas domiciliares, duas vezes por semana. Além disso, estamos fazendo contatos, para começar a trabalhar nas duas escolas da área, para acompanhamento clínico e promoção à saúde dos escolares. As visitas domiciliares são realizadas duas vezes por semana, o atendimento é feito por toda a equipe para os usuários que não podem frequentar a UBS. Sempre que é necessário realizamos a busca ativa de usuários com indicações específicas para acompanhamento de perto pela natureza de sua patologia. A equipe de direção é responsável pelos casos de notificação obrigatória. A equipe se reúne uma vez por mês com pautas variáveis, segundo as circunstâncias. O acompanhamento do plano terapêutico proposto aos usuários tanto nas situações de encaminhamento a outros níveis do SUS quanto nas

internações hospitalares e domiciliares, por o momento, em geral, não contam com uma contrareferência, sendo este um problema importante. A área do Norte de Natal (Nova Natal) tem limitações. As limitações relacionadas à segurança são devido a região apresentar episódios de violência como assaltos, assassinatos e outros e econômicas estão relacionadas à região não ter um comércio forte, agricultura fraca e a inexistência de fábricas. No entanto, começamos a fazer contatos com instituições públicas e privadas, como escolas e o centro do idoso, o que nos permite expandir nossas atividades fora dos muros do ESF, pois a ESF/UBS nem sempre tem os espaços necessários para o desenvolvimento das ações planejadas.

Como foi observado existem cerca de 1.100 famílias, lembrando que em nossa área de abrangência, há 5 microáreas, e um delas está descoberta.

A informação dos usuários fica nos prontuários da família cadastrada, sendo estes prontuários a única referência dos médicos da família e seus integrantes. Um prontuário eletrônico poderia ser de muita ajuda, para o bom atendimento dos usuários e isso, provavelmente deve ser feito através de uma campanha específica, por parte das autoridades do RN.

Durante a realização de uma análise situacional da UBS, não posso esquecer, as deficiências estruturais evidenciadas no SUS que ainda está em desenvolvimento apesar de seus 25 anos de implantação. Os déficits que ocorrem na área de logística, estruturais e materiais, sem dúvida, afetam o funcionamento das equipes de saúde, muitas vezes atinge o limite de fazer estéreis os esforços pessoais dos profissionais.

É importante informar que na área de abrangência de minha UBS existem em torno de 4.000 pessoas, sendo 1.321 mulheres em idade fértil (10-49 anos), 301 mulheres estão na faixa etária de 50-69 anos de idade e na área atualmente existem, aproximadamente, 60 gestantes. Com relação ao público infantil a população apresenta 58 crianças menores de um ano, 116 crianças menores de 5 anos, 694 pessoas de 5 a 14 anos, 2575 pessoas de 15 a 59 anos, 2200 pessoas entre 20 e 59 anos, 432 pessoas com 60 anos ou mais e as pessoas com 20 anos ou mais com hipertensão e diabetes são respectivamente: 829 e 237.

Nesta UBS não temos como resolver quadros clínicos agudos, que requeiram meios além da clínica, não temos fitas para verificarmos a glicose, nem eletrocardiograma, não temos oxigênio para um asmático, não temos sala de pequenas cirurgias, ou seja, esta é uma ESF programado para consultas.

Trabalhamos com usuários que possuem doenças crônicas, basicamente, é verdade que às vezes chega alguém que requer medidas de urgência ou de emergência, mas 99,99% são patologias crônicas. Quando isso ocorre 0,01%, encaminhamos as pessoas para a UPA ou Pronto Socorro anexo ao Hospital do Pescadores, de acordo com suas necessidades. Também é verdade, que não há um excesso de demanda que não pode ser coberta. A respeito do acolhimento das pessoas não temos problemas de qualquer espécie, exceto que muitas vezes, é necessário educar a população para melhorar a utilização dos serviços de saúde.

Em nossa UBS basicamente, são feitas as seguintes atividades planejadas: atividades odontológicas de prevenção realizadas pelo dentista (não posso informar a frequência e outros aspectos, porque o dentista não está disponível no momento – os funcionários estão em greve em todo o município), atividade de vacinação, atividades de prevenção de Câncer de colo uterino e atividades de prevenção de Câncer de mama (mamografia). Ainda em nossa unidade não são realizados grupos operativos com o grupo alvo de mulheres em idade para a prevenção do câncer de colo de útero e de mama.

Na puericultura em geral (nem sempre) a enfermeira as realiza, mas se ela entende que tem que comunicar aos médicos algum caso específico ela comunica. A puericultura precisa ser organizada, pois somente a enfermeira está se dedicando a este trabalho. Todos os componentes da equipe precisam apoiar este trabalho. Nesta temática a organização das ações precisa englobar as crianças de 0-72 meses. Protocolos precisam ser estabelecidos, há necessidade de controle e acompanhamento destas crianças. Nossos registros não são bons para acompanhar e monitorar as ações de vacinação por exemplo. Há necessidade de reunir a equipe e conscientizar a todos da necessidade de melhor direcionar o esforço de atendimento as crianças de 0-72 anos, precisamos planejar e sistematizar as ações. O dentista apesar de fazer as suas atividades de prevenção precisa acompanhar a equipe e apoiar no atendimento clínico que deve ser organizado e sistematizado para o monitoramento desta ação. A equipe como um todo precisa melhorar o cadastro das crianças e quando necessário realizar busca ativa daquelas crianças que não comparecem às consultas.

Com relação às crianças menores de um ano residentes na área o indicador que precisamos melhorar é o indicador de cobertura que está em 86% (50) e ainda para as crianças menores de um ano temos que 20% das crianças acompanhadas

estão com atraso da consulta agendada em mais de sete dias, a triagem auditiva é outro fator a ser revisto pela nossa equipe, pois não encontrei registros para este indicador.

Estamos planejando atividades preventivas adicionais em escolas da região, com vários propósitos: conhecimento das regras de trânsito, cuidados com o meio ambiente, a assistência domiciliar, hábitos de estudo e preparação do ambiente de estudo em casa, prevenção de doenças parasitárias, hábitos de vida saudáveis. Referindo-se a esses itens temos como objetivos ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança em meu serviço, melhorar a adesão da população às ações propostas, melhorar a qualidade da atenção à saúde, otimizar a qualidade dos registros para obtermos melhores condições para planejar e monitorar das ações. Nas atividades de educação em saúde é importante destacar a participação dos diferentes membros da equipe e as lacunas nos registros.

Em minha UBS há necessidade de rever o indicador de cobertura do puerpério, pois está em 86% (50), a estimativa dos cadernos das ações é que existem na área 58 puérperas. Ainda temos que analisar no âmbito da equipe, os indicadores de qualidade para o puerpério como: número de mulheres que tiveram as mamas examinadas, foi examinado o abdômen, realizaram o exame ginecológico e tiveram seu estado psíquico avaliado. Não há registros na UBS, logo não foi possível levantar estes dados. Na UBS em que trabalho tem bons indicadores (100%) de qualidade como: número de mulheres que consultaram antes dos quarenta e dois dias de pós-parto, tiveram sua consulta puerperal registrada, estas mesmas mulheres receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, foram orientadas sobre o aleitamento materno exclusivo e receberam orientações sobre o planejamento familiar.

As atividades de pré-natal são realizadas em conjunto com a enfermeira. Qual é o problema? Mais uma vez, a ausência de materiais. Até agora, eu não fui capaz de realizar os processos preventivos importantes do pré-natal, por falta de material, e, não encontrar solução. Nesta área, há dois aspectos a se destacar: a primeira, em relação à colocação de DIU, foram solicitados DIUs e materiais para sua colocação. Foram previstos e recebidos os DIUs, mas os demais materiais não aparecem.

Há um procedimento, o exsudato V/R, para o estudo de St. Beta Hemolítico, que deve ser realizado na mulher grávida entre 35 e 37 semanas de gestação, muito

importante em termos de prevenção, o que deixamos de cumprir em mulheres grávidas, por falta de tais materiais.

A enfermeira realiza reuniões para fornecer informações às mulheres grávidas em nossa área de abrangência. Os assuntos debatidos são sobre o parto e a amamentação. Mas, novamente há pouca organização por falta de meios oriundos da administração municipal. As ações de atenção à gestante estão estruturadas de forma programática, ou seja, seguimos o protocolo do Ministério da Saúde. Os aspectos positivos são em relação ao cumprimento do protocolo de controle pré-natal, que são feitas como exaustiva atenção, bem como as atividades de informação às gestantes, pela equipe. Os aspectos negativos são em relação à falta de recursos para executar tarefas. Recursos logísticos, espaço e mobiliário adequado.

Por exemplo, se você, dentro das suas obrigações, tem indicações de realizar uma reunião com usuárias grávidas, por 1 ou 2 horas, você precisa de um condicionador de ar, fornecer alimentos e/ou bebidas apropriado, todos os elementos imprescindíveis, ao realizar essas tarefas. O pessoal de saúde, coloca o seu próprio dinheiro, para executar essas tarefas, que estão indicadas, dentro das suas obrigações, e não recebe apoio por parte da administração.

Estou ciente que a consulta do pré-natal serve para dar informações e depende dos profissionais/recursos humanos e até podem ser complementadas por recursos de educacionais como folders e até mesmo vídeos.

O nosso indicador de cobertura do pré-natal está em 67% (40) e pode ser melhorado, os cadernos das ações programáticas estimam que na área existem 60 gestantes. Os indicadores de cobertura de exame ginecológico por trimestre e orientação para aleitamento exclusivo estão com percentual de 88%, não podem ser considerados ruins, no entanto podem ser aprimorados tendo em vista a importância para a saúde da mulher e de seu bebê. Também preciso registrar que as vacinas, antitetânica e hepatite B são realizadas conforme protocolo. Para esta temática (gestantes) ainda temos bons indicadores como: a solicitação de exames complementares na primeira consulta, prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo e avaliação da saúde bucal.

Para a ação programática de prevenção do câncer de colo de útero e de mama a UBS tem desenvolvido atividades como a realização de citologia preventiva, (captação oportunista e busca ativa de usuários na a zona de abrangência, assim

como a realização de mamografia, por meio dos mesmos métodos, de forma sistemática). Logo, foi possível evidenciar bons indicadores para prevenção do câncer de colo de útero, ou seja, temos 100% das mulheres de 25-64 anos residentes na área de abrangência em acompanhamento e destas 92% estão com exame citopatológico do colo de útero em dia, 90% das amostras coletas foram satisfatórias bem como 90% das mulheres acompanhadas realizaram exame das células representativas da junção escamocolumnar. Em nossa UBS até então não tivemos nenhum exame de colo de útero alterado. O que está a desejar para nossa equipe são as orientações sobre a prevenção de CA de colo de útero (52%) e orientações sobre DSTs (23%). Para estas mesmas mulheres precisamos rever o indicador de cobertura para prevenção do câncer de mama que está em 80% que trás preocupações para todos os indicadores de qualidade, onde observamos que o percentual de mulheres que está com a mamografia em dia foi de 75%, (Nem toda mulher, tem indicação de realizar mamografia, algumas devido a idade, anatomia, etc, em alguns casos, solicitamos ultrassonografia de mama), a avaliação do risco do câncer de mama está em 50% e as orientações sobre o câncer de mama atingiram 64%. Estas ações podem ser trabalhadas com o grupo operativo de prevenção do câncer de colo de útero e de mama. Precisamos mobilizar a equipe e a comunidade para melhorarmos nossas ações que estão deficientes apontadas no caderno de ações programáticas e qualificar aquelas que já vem acontecendo de forma sistemática. Fica evidente em minha UBS que apesar de estarmos trabalhando com o CA de colo de útero temos que melhorar e unir a ação com a CA de mama, ainda é necessário revermos os registros e protocolos a serem seguidos.

Para a atenção aos hipertensos e diabéticos a minha UBS precisa fazer uma reflexão muito grande, pois os indicadores de cobertura estão muito aquém do que deveriam estar, 27% (226) para os hipertensos e 30% (70) para os diabéticos. Pelo que percebi na UBS não usamos um protocolo, como por exemplo, o protocolo do Ministério da Saúde. As ações são realizadas sem registros o que não nos permite acompanhamento das pessoas com este tipo de patologia. A minha equipe precisa rever os seguintes indicadores para os hipertensos e diabéticos: estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, atraso da consulta agendada em mais de sete dias, exames complementares em dia, orientação sobre a prática de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável e avaliação da saúde bucal e adicionados a outros exames indicados para os diabéticos como: exame

físico dos pés nos últimos 3 meses, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses e medida da sensibilidade dos pés nos últimos três meses. De fato, como não há registros, é necessário que a equipe concentre esforços para organizar e sistematizar estes atendimentos e eleja um protocolo definido para orientar as ações.

Para a pessoa idosa a atenção dada pela minha UBS pode ser considerada como insatisfatória, pois as ações realizadas são poucas e não há registros das mesmas. O indicador de cobertura está em torno de 30%, temos 128 idosos em acompanhamento, sendo que o caderno das ações programáticas estimam que existem na área 432 pessoas nesta faixa etária. Durante as minhas observações verifiquei que existem muitos idosos na área de abrangência desta UBS. A equipe precisa refletir sobre esta ação programática tendo em vista que o número de idosos no Brasil irá aumentar nos próximos cinquenta anos, assim a equipe precisa organizar o serviço e sistematizar as informações para poder planejar e monitorar ações relacionadas à prevenção e cura das enfermidades. Como não há registros, como anteriormente citado, não foi possível obter dados referentes aos indicadores de qualidade da atenção a pessoa idosa. Podemos até lançar mão dos próprios indicadores de qualidade para iniciarmos o nosso serviço. Considero que a caderneta de saúde da pessoa idosa, a avaliação multidimensional rápida, a hipertensão arterial sistêmica, a diabetes mellitus, a avaliação de risco para morbimortalidade, investigar dos indicadores de fragilização na velhice, orientação nutricional, orientação para atividade física e avaliação da saúde bucal são pontos cruciais para orientar o nosso serviço. Esta população de nossa área de abrangência precisa de atenção, pois é uma área muito humilde e claro as autoridades sanitárias precisam apoiar este trabalho.

Para finalizar deixando de lado as reflexões correspondentes à questão da transferência para Natal, como pode ser observado, existem aspectos fundamentais que continuam a não ser cumpridos. Na fase de ambientação, escrevi o seguinte texto sobre qual a situação da ESF/UBS em meu município:

- O SUS no Brasil está em fase embrionária de desenvolvimento. É muito complicado, mas como é muito necessário e o esforço provavelmente continuará. Há uma necessidade das autoridades terem visão de Saúde Pública que é quase sempre apresentada como uma grande debilidade do sistema. Algumas vezes para o Município, o programa Mais Médicos, pode ser uma oportunidade econômica, não

muito mais do que a transferência de recursos para a melhora de Atenção Básica, depende da vontade do gestor. Por isso, são importantes, os controles de qualidade, os acompanhamentos do programa.

Penso que até o momento os resultados obtidos no curso apontam em duas direções opostas:

1. A direção do curso, com dados teóricos que nem sempre são consistentes com a realidade da UBS. Além disso, maneja uma teoria asséptica, é claro, não considera no momento das suas conclusões, a realidade do terreno, com uma dinâmica diferente e variável, em a variada geografia do Brasil. Essa situação tem o potencial de fazer este curso, para a visão do aluno, de grande importância, desde um ponto de vista teórico, mas com limitações do ponto de vista prático.

2. A direção do curso do aluno, que olha para a obrigação de lidar com a realidade, mas as condições de trabalho, falta de recursos materiais, que tem o potencial de produzir desinteresse nos trabalhadores.

Nossa equipe, atualmente, está se movendo através do vetor resultante dessas duas forças. Como aspecto positivo observado podemos considerar a importância do esclarecimento das condições existentes na UBS, por meio da análise sistematizada do quadro atual de nossa UBS. Um aspecto que pode ser considerado negativo poderia ser a não participação no curso do Gestor e do resto da equipe, que tem o potencial de produzir resultados insustentáveis.

Essa é a nossa luta.

1.3. Comentário comparativo entre o texto inicial e o relatório de Análise situacional.

Sem dúvida deve haver grandes diferenças entre os dois relatórios, porque o primeiro é a primeira impressão, uma história que tem um caráter superficial e transitório de uma nova realidade vivenciada.

O segundo relatório é a descrição de uma realidade apoiada por dados estatísticos e os fatos são baseados em a realidade do dia a dia, e representa uma realidade para mudar, para melhorar os diferentes aspetos da UBS/ESF.

O primeiro relatório representa uma fotografia da realidade e o segundo uma análise transversal sistematizada, limitada no tempo, mas substancialmente diferente da imagem que é transversal. Ainda, o primeiro relatório representa o fenótipo da realidade vivida e o segundo relatório o genótipo da espécie observada.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). No Brasil, a prevalência média de HAS autorreferida na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel – 2011), é de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%). A frequência de HAS tornou-se mais comum com a idade, mais marcadamente para as mulheres, alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade. Entre as mulheres, destaca-se a associação inversa entre nível de escolaridade e diagnóstico da doença: enquanto 34,4% das mulheres com até 8 anos de escolaridade referiam diagnóstico de HAS, a mesma condição foi observada em apenas 14,2% das mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade. Para os homens, o diagnóstico da doença foi menos frequente nos que estudaram de 9 a 11 anos (BRASIL, 2012).

A prevalência de Diabetes Mellitus (DM) nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. Nos países europeus e Estados Unidos (EUA) este aumento se dará, em especial, nas faixas etárias mais avançadas devido ao aumento na expectativa de vida enquanto que nos países em desenvolvimento este aumento ocorrerá em todas as faixas etárias, sendo que no grupo de 45 a 64 anos, a prevalência será triplicada e, duplicada nas faixas etárias de 20 a 44 anos e acima de 65 anos (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2012). No Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2011,

mostram que a prevalência de diabetes autorreferida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011. Ao analisar esse dado de acordo com o gênero, apesar do aumento de casos entre os homens, que eram 4,4%, em 2006, e passaram para 5,2%, em 2011, as mulheres apresentaram uma maior proporção da doença, correspondendo a 6% dessa população (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Sem dúvida, ter a oportunidade de iniciar ações programáticas no contexto da UBS que pertencemos, é algo muito importante. A população que pertence a nossa área tem a oportunidade de ser objeto de cuidados que atenda aos critérios de quantidade e qualidade, de acordo com as disposições do MS. Trabalhar com ações voltadas para os hipertensos e diabéticos na atenção primária em saúde é promover os princípios doutrinários do SUS (Universalidade, Equidade e Integralidade). Os usuários com HAS e DM devem receber atenção em consultas, prevenção, medicamentos e acompanhamento longitudinal. O controle da HAS e DM através dos ciclos de vida (crianças, adolescentes, adultos e idosos) traduz a preocupação do MS e da equipe de trabalho para o controle destas doenças na Atenção Primária em Saúde. A sistematização da assistência permite uma melhor organização da equipe e redundante em uma melhor atenção do usuário. A UBS, na qual trabalho, está instalada no Norte Natal região de Nova Natal, portanto, é uma UBS urbana em um bairro de muitos trabalhadores. Sem dúvida, é a principal porta de entrada da atenção primária no SUS, além da UPA do nível de atenção secundária.

Nossa equipe (Equipe 54), esta composta por um médico, uma odontóloga (ela em realidade, só existe nos papeis, pois nunca trabalhou de fato em nossa equipe, que nunca contou com uma profissional em odontologia), uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde (ACS). Nossa área tem 5 microáreas e uma dessas microáreas esta descoberta sem ACS. O equipe da administração esta composto por quatro pessoas com o diretora da UBS e 3 jovens funcionários. Existem funcionários responsáveis pela segurança durante o dia e a noite. Esta UBS funciona de segunda a sexta-feira das 07:00 horas às 16:00 horas. Como foi observado existem cerca de 1.100 famílias, lembrando que em nossa área de abrangência, há 5 microáreas, e um delas esta descoberta.

Em nossa área de abrangência, há cerca de 4.000 pessoas (possivelmente mais), onde podemos encontrar um grupo de usuários diabéticos e hipertensos, com apresentação variada de sua patologia. Não é fácil de caracterizar este grupo de

usuários, entre outras coisas, a falta de informação sistemática. Em geral, estão conscientes de sua doença e as pessoas costumam se preocupar com a manutenção de uma boa saúde, mas nem sempre é assim, em muitas oportunidades, encontramos pessoas que não priorizam a saúde em seu estilo de vida, gerando alterações em seu acompanhamento e maior dedicação por parte do equipo da saúde.

A equipe realiza ações de prevenção do tipo individual, em forma concomitante com a consulta médica agendada.

A implementação desta ação programática pode melhorar a qualidade e a quantidade de atenção à saúde para os usuários com HAS e DM, com impacto clínico relevante levando a melhora da qualidade de vida. Através da implementação desta ação programática pode-se conseguir melhor racionalização dos recursos que são destinados a atenção de saúde ocorrendo a otimização da utilização dos medicamentos e exames complementares.

Atualmente a UBS atende somente a demanda dos usuários portadores de HAS e DM, não há uma atenção programada com implementação de um protocolo. Não há engajamento da equipe com o público alvo. Para viabilizar esta ação programática será imprescindível envolver todos os profissionais da UBS.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção em Saúde para Hipertensos e/ou Diabéticos da Unidade de Saúde da Família da UBS/ESF de Nova Natal, RN.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do programa de atenção à usuários com HAS e/ou DM.

Meta 1.1. Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivos 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família UBS/ESF de Nova Natal, no município de Natal RN. A seguir serão apresentadas as ações e os respectivos detalhamentos referentes aos quatro eixos temáticos do curso (monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica).

2.3.1 Detalhamento das ações.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1. Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: o monitoramento do número de hipertensos cadastrados no programa será realizado pela técnica em enfermagem e pela enfermeira semanalmente.

Organização e gestão do serviço

Ações: Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa. Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: para garantir os registros dos hipertensos cadastrados iremos mobilizar a equipe como um todo e com relação ao material adequado solicitaremos à secretaria municipal da saúde que faça a verificação e aferição da eficiência dos aparelhos e em caso de problemas que os aparelhos sejam substituídos. A enfermeira da unidade ficará responsável em averiguar estas situações dos aparelhos.

Engajamento público

Ações: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: as orientações sobre a importância do controle, rastreamento e acompanhamento da HAS e da DM será de responsabilidade de toda a equipe, sendo que as informações mais técnicas ficarão de responsabilidade do médico e da enfermeira.

Qualificação da prática clínica

Ações: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: as capacitações da equipe relacionadas ao cadastro e verificação adequada da pressão serão realizadas previamente ao início da intervenção sob a responsabilidade do médico e da enfermeira.

Meta 1.2. Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: o monitoramento do número de diabéticos cadastrados no programa será realizado pela técnica em enfermagem e pela enfermeira semanalmente.

Organização e gestão do serviço

Ações: Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa. Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes. Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste (HGT) na unidade de saúde.

Detalhamento: para garantir os registros e o acolhimento dos diabéticos cadastrados iremos mobilizar a equipe como um todo e com relação ao material adequado solicitaremos à secretaria municipal da saúde que disponibilize as fitas e as lancetas para realizar os HGT.

Engajamento público

Ações: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80

mmHg. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: as orientações sobre a importância do controle, rastreamento e acompanhamento da HAS e da DM será de responsabilidade de toda a equipe, sendo que as informações mais técnicas ficarão de responsabilidade do médico e da enfermeira.

Qualificação da prática clínica

Ações: Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: as capacitações da equipe relacionadas ao cadastro e a realização do hemoglicoteste serão realizadas previamente ao início da intervenção sob a responsabilidade do médico e da enfermeira.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.

Detalhamento: o monitoramento do exame clínico apropriado será realizado pelo médico durante as consultas clínicas.

Organização e gestão do serviço

Ações: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais. Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: as ações referentes a organização e gestão do serviço serão organizadas pelo médico tendo como apoio a enfermeira da unidade. E o protocolo

impresso referente à atenção ao usuário portador de hipertensão e diabetes será solicitado à secretaria municipal da saúde.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: o médico durante as consultas fará as orientações quanto ao risco das doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento. O médico e a enfermeira irão capacitar a equipe durante as reuniões de equipe previamente a realização da intervenção.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.

Detalhamento: o monitoramento do exame clínico apropriado será realizado pelo médico durante as consultas clínicas.

Organização e gestão do serviço

Ações: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais. Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: as ações referentes a organização e gestão do serviço serão organizadas pelo médico tendo como apoio a enfermeira da unidade. E a o protocolo impresso de atendimento será solicitado à secretaria municipal da saúde.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: o médico, durante as consultas, fará as orientações quanto ao risco das doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento. O médico e a enfermeira irão capacitar a equipe durante as reuniões de equipe previamente a realização da intervenção.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e avaliação

Ações: Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: O monitoramento dos hipertensos com exames laboratoriais solicitados conforme o protocolo da unidade e o monitoramento do número de hipertensos com exames solicitados de acordo com a periodicidade recomendada serão realizados durante a consulta clínica.

Gestão e organização do serviço

Ações: Garantir a solicitação dos exames complementares. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: o médico da unidade de saúde será o responsável para garantir a solicitação dos exames complementares e a equipe ficará responsável em solicitar ao gestor a garantia de agilidade para a realização do exames

complementares bem como a enfermeira irá orientar de como estabelecer o sistema de alerta para os exames complementares preconizados.

Engajamento público

Ações: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares. Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: a equipe como um todo será a responsável para realizar as ações de orientação sobre a necessidade e periodicidade de realização de exames complementares.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: o médico e a enfermeira irão capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e avaliação

Ações: Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: O monitoramento dos hipertensos com exames laboratoriais solicitados conforme o protocolo da unidade e o monitoramento do número de hipertensos com exames solicitados de acordo com a periodicidade recomendada serão realizados durante a consulta clínica.

Organização e gestão do serviço

Ações: Garantir a solicitação dos exames complementares. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: o médico da unidade de saúde será o responsável por garantir a solicitação dos exames complementares e a equipe ficará responsável por solicitar ao gestor a garantia de agilidade para a realização dos exames complementares bem como a enfermeira irá orientar sobre como estabelecer o sistema de alerta para os exames complementares preconizados.

Engajamento público

Ações: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares. Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: a equipe como um todo será a responsável para realizar as ações de orientação sobre a necessidade e periodicidade de realização de exames complementares.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: o médico e a enfermeira irão capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: o monitoramento do acesso aos medicamentos da farmácia popular/hiperdia será realizado pelo médico durante as consultas.

Organização e gestão do serviço

Ações: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: o controle de estoque dos medicamentos e o registro das necessidades de medicamentos para os hipertensos será realizada pela técnica em enfermagem supervisionada pela enfermeira da unidade quinzenalmente.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: a equipe será a responsável em orientar a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Qualificação da prática clínica

Ações: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: a atualização do profissional no tratamento da hipertensão e a capacitação da equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia será de responsabilidade do médico com o apoio da enfermeira da unidade de saúde.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: o monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas será realizado pela equipe de enfermagem (técnica e enfermeira).

Organização e gestão do serviço

Ações: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos. Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: a enfermeira da unidade irá organizar em conjunto com os ACS e técnica em enfermagem as visitas domiciliares para busca aos faltosos e para acolher os hipertensos proveniente da busca ativa.

Engajamento público

Ações: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos). Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: a equipe organizará um grupo de hipertensos e diabéticos para realizar orientações sobre a importância das consultas, estabelecerá estratégias para reduzir as faltas e esclarecerá sobre a periodicidade correta para realização de consultas, atividade que não exclui outras formas, como brindar informação por meios da rádio, utilização da equipe de som, assim como por meio da tarefa realizada por os agentes comunitários da saúde.

Qualificação da prática clínica

Ação: Treinar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: a enfermeira e o médico farão sistematicamente durante as reuniões da equipe o treinamento dos ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: a enfermeira e o médico farão reuniões semanais, para identificar as pessoas faltosas e solicitarão aos ACS apoio para identificar e reagendar os faltosos.

Organização e gestão do serviço

Ações: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos. Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: a enfermeira da unidade irá organizar, em conjunto com os ACS e técnica de enfermagem, as visitas domiciliares para busca aos faltosos e para acolher os diabéticos provenientes da busca ativa.

Engajamento público

Ações: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos). Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: a equipe organizará um grupo de hipertensos e diabéticos para realizar orientações sobre a importância das consultas, estabelecerá estratégias para reduzir as faltas e esclarecerá sobre a periodicidade correta para realização de consultas.

Qualificação da prática clínica

Ação: Treinar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: a enfermeira e o médico farão sistematicamente durante as reuniões da equipe o treinamento dos ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: o monitoramento da qualidade dos registros dos hipertensos acompanhados será de responsabilidade do médico e da enfermeira que farão reuniões quinzenalmente utilizando os horários da reunião da equipe, para realizar o monitoramento.

Organização e gestão do serviço

Ações: Manter as informações do SIAB atualizadas. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento. Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento registros. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar,

a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: a organização e gestão do serviço relacionada aos registros será de responsabilidade de toda a equipe e o médico em conjunto com a enfermeira farão as recomendações de forma sistemática durante as reuniões da equipe, para manter todos em alerta a respeito do tema registros.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: a equipe terá a responsabilidade de orientar os usuários sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Qualificação da prática clínica

Ações: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso. Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: o treinamento para o preenchimento de todos os registros e a capacitação para os registros adequados será realizado pelo médico e pela enfermeira.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: o monitoramento da qualidade dos registros dos diabéticos acompanhados será de responsabilidade do médico e da enfermeira que farão reuniões quinzenalmente utilizando os horários da reunião da equipe, para realizar dita avaliação.

Organização e gestão do serviço

Ações: Manter as informações do SIAB atualizadas. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento. Pactuar com a equipe o registro

das informações. Definir responsável pelo monitoramento registros. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: a organização e gestão do serviço relacionada aos registros para os usuários diabéticos será de responsabilidade de toda a equipe e o médico em conjunto com a enfermeira farão as recomendações de forma sistemática durante as reuniões da equipe, para manter todos em alerta a respeito do tema registros.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: a equipe como um todo terá a responsabilidade de orientar os usuários sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Qualificação da prática clínica

Ações: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético. Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: o treinamento para o preenchimento de todos os registros e a capacitação para os registros adequados será realizado pelo médico e pela enfermeira.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: a enfermeira, em conjunto com as ACS, farão, de forma semestral, o monitoramento o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Organização e gestão do serviço

Ações: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: a equipe como um todo será responsável em priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Engajamento público

Ações: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: O médico orientará os usuários, durante as consultas, quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e a enfermeira fará os esclarecimentos para a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis através do grupo de hipertensos e diabéticos.

Qualificação da prática clínica

Ações: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação. Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: A capacitação da equipe para realizar a estratificação de risco, sobre a importância do registro desta avaliação e a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis será de responsabilidade do médico. Isto será realizado antes do início da intervenção utilizando o espaço das reuniões da equipe.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: a enfermeira, em conjunto com as ACS, fará, de forma semestral, o monitoramento do número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Organização e gestão do serviço

Ações: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: a equipe como um todo será responsável em priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Engajamento público

Ações: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: O médico orientará os usuários, durante as consultas, quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. A enfermeira fará os esclarecimentos para a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis através de grupos e também individualmente, de hipertensos e diabéticos.

Qualificação da prática clínica

Ações: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação. Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: A capacitação da equipe para realizar a estratificação de risco, sobre a importância do registro desta avaliação e a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis será de responsabilidade do médico. Isto será realizado antes do início da intervenção utilizando o espaço das reuniões da equipe.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O monitoramento das orientações nutricionais aos hipertensos e diabéticos será realizada pelo médico durante os grupos, e também individualmente, durante as consultas.

Organização e gestão do serviço

Ações: organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: a equipe irá organizar o grupo de hipertensos e diabéticos para as práticas coletivas e a enfermeira em conjunto com o médico fará a solicitação à secretaria municipal da saúde para que disponibilize uma nutricionista para que possa integrar as ações coletivas no grupo. O médico e enfermeira, continuaram fazendo durante as consultas individuais, as orientações nutricionais básicas.

Engajamento público

Ação: Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: as orientações sobre alimentação saudável será feita pela nutricionista, médico e enfermeira durante a realização dos grupos, sem excluir a realização das orientações básicas, que normalmente são realizadas, por os profissionais de saúde, durante as consultas individuais.

Qualificação da prática clínica

Ações: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: a equipe será capacitada pela enfermeira para que possa atuar e complementar as orientações sobre alimentação saudável, a própria enfermeira também realizará estas atividades de educação em saúde.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Monitoramento e avaliação do serviço

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: o monitoramento das orientações sobre atividade física regular será realizado pela enfermeira e pelo médico durante a realização dos grupos e consultas médicas.

Organização e gestão do serviço

Ações: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: a equipe irá organizar o grupo de hipertensos e diabéticos para as atividades físicas e enfermeira em conjunto com o médico farão a solicitação à secretaria municipal da saúde para que disponibilize um educador físico para que possa integrar as ações coletivas no grupo.

Engajamento público

Ação: Orientar hipertensos e diabéticos bem como a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: as orientações sobre a importância de atividade física regular será feita pelo educador físico, médico e enfermeira durante a realização dos grupos.

Qualificação da prática clínica

Ações: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: a equipe será capacitada pelo educador físico para que possa atuar e complementar as orientações sobre atividade física regular e também irá orientar a equipe para as práticas de educação em saúde.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: esta orientação sobre os riscos do tabagismo será uma tarefa do médico e da enfermeira complementada pelo dentista da unidade

Organização e gestão do serviço

Ação: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: o médico irá redigir um ofício solicitando ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono do tabagismo".

Engajamento público

Ação: Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: a equipe será responsável em orientar os usuários sobre a existência do tratamento para os tabagistas.

Qualificação da prática clínica

Ações: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: O médico irá capacitar a equipe para realizar o tratamento dos tabagistas e a enfermeira fará a capacitação sobre as metodologias de educação em saúde.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista.

Detalhamento: O dentista em conjunto com o médico e a enfermeira farão o monitoramento das consultas dos hipertensos e diabéticos.

Organização e gestão do serviço

Ações: Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético. Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.

Detalhamento: a atenção odontológica será organizada pela equipe de saúde bucal apoiada pelo médico e pela equipe de enfermagem.

Engajamento público

Ações: Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde. Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

Detalhamento: a busca de parceiros comunitários e a mobilização da comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista será uma tarefa de toda a equipe que terá como liderança o dentista da unidade. Assim, o dentista fará os contatos com as instituições e o médico, enfermeira e dentista organizarão os documentos que irão para a secretaria municipal da saúde com o intuito de garantir o atendimento odontológico aos hipertensos e diabéticos.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso e diabético.

Detalhamento: O dentista será o responsável por capacitar a equipe para a avaliação da necessidade de tratamento bucal do usuário hipertenso e diabético.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1. Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivos 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

A intervenção será realizada na prática, no cotidiano do meu serviço, do seguinte modo: será disponibilizada as sextas-feiras para o atendimento dos hipertensos e diabéticos, exceto para aqueles usuários que, por outras razões, aparecem em outros dias da semana. Para realizar a intervenção no programa de melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos, utilizaremos o cadernos de Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, Diabetes Mellitus Brasília/DF 2013. Utilizaremos a ficha espelho para o monitoramento regular. Estimamos alcançar com a intervenção 100 diabéticos. Faremos contato com o administrador da UBS, para dispor das 100 fichas espelho necessárias e para imprimir as 100 fichas complementares que serão anexadas às fichas espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados (ANEXO C).

Para organizar o registro específico do programa a enfermeira localizará os prontuários destes usuários e transcreverá as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho nos últimos três meses. Ao mesmo tempo, realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre as consultas em atraso exames clínicos laboratoriais em atraso.

A análise situacional e a definição do foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação utilizando os manuais técnicos do ministério da saúde relacionados aos

hipertensos e diabéticos para que toda a equipe utilize esta referência na atenção os hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto serão reservados dois turnos de reunião da equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos membros da equipe. A coordenação da capacitação da equipe será do médico com auxiliado pela enfermeira.

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos que procurarem a UBS será realizado pela técnica em enfermagem. Os usuários que estiverem com as consultas atrasadas serão atendidos no momento, para ampliar o cadastro dos usuários pertencentes ao foco da intervenção e iniciar a solicitação de exames complementares. Aqueles usuários que apresentarem intercorrências agudas serão atendidos e medicados na própria UBS. Todos os usuários que forem cadastrados no programa sairão da unidade de saúde com a próxima consulta agendada e com as devidas solicitações de exames complementares conforme cada caso.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes das comunidades religiosas da área de abrangência e apresentaremos o projeto de intervenção esclarecendo a importância da realização das consultas de controle da hipertensão e diabéticos. A comunidade será convidada a ser partícipe na mobilização dos usuários que apresentarem hipertensão e diabetes para ampliar a captação dos mesmos e para entender que estes usuários serão priorizados no atendimento dentro da UBS.

Semanalmente a enfermeira e a técnica em enfermagem examinarão as fichas-espelho dos hipertensos e diabéticos e verificarão aqueles que estão em atraso com as consultas, exames clínicos e exames laboratoriais em atraso. Após esta identificação os ACS serão mobilizados para realizarem a busca ativa de todos que estão em atraso, estima-se que teremos 6 usuários por semana em atraso totalizando 24 por mês. Os agentes ao fazerem a busca já agendarão os usuários para consulta conforme a sua disponibilidade de tempo. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão transcritas para a planilha eletrônica para a compilação dos dados e formação dos indicadores.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Gostaria de iniciar este relatório abordando a principal limitação que tive durante todo o processo e realização do projeto de intervenção. Desde o início do trabalho sempre fiquei preocupado com o desenvolvimento da intervenção tendo em vista que a equipe de saúde expressava total descaso com qualquer processo de mudança que alguém deseje implantar nesta UBS e na minha equipe. Conversei com o meu orientador e o meu apoio pedagógico que foram muito otimistas em suas orientações, pois acreditavam em um processo de reversão do processo de trabalho que encontrei nesta UBS. Além disso, iniciei o trabalho em uma UBS e fui transferido para outra o que também dificultou o andamento das atividades. Considerando a equipe em que fui lotado após a transferência de município toda e qualquer argumentação sobre possíveis mudanças no processo de trabalho do dia a dia era relacionada com o recebimento de proventos, ou seja, os trabalhadores relatavam estar com salários baixos, portanto nada justificaria alterar a rotina que viam vivenciando a muito tempo. Deixo claro que não foi por falta de tentativas e argumentações que visassem com que a equipe repensasse seu processo de trabalho. Durante as reuniões foram momentos tensos de discussões e cheguei a presenciar falas e argumentações de repúdio as minhas colocações.

Após cansativas e puxadas reuniões como a diretora da ESF e com os componentes da equipe 54 foi impossível instrumentalizar e capacitar os integrantes da equipe com os objetivos e ações previstas no projeto de intervenção. Desta maneira realizei a intervenção da forma que foi possível, ou seja, de uma maneira limitada tendo em vista a forma de trabalhar e costumes desta ESF. Talvez este relato esteja fora dos padrões e das normativas do curso, mas julgo rico o momento de discutir sobre tal conteúdo que quase inviabilizou a realização do trabalho. Como

uma forma de materializar o que estou expressando posso relatar que para divulgar as ações para a comunidade tive que contratar um carro de som com recursos próprios, sendo que a equipe como um todo não prestou qualquer apoio para esta e as demais ações programadas. O relato é coerente com a proposta do curso, que estimula os alunos a identificarem as dificuldades que enfrentam na prática, relatar os esforços feitos para superar estas dificuldades e fazer o que for possível dentro do seu contexto, o aluno tem que reconhecer que sua idéia foi sempre de reverter a situação de trabalho da equipe de saúde da família e o quadro de saúde da população proporcionando medidas preventivas, cuidadoras e de recuperação da saúde, o que nem sempre foi possível. A seguir farei o relato das atividades realizadas durante a intervenção e considerem dentro da perspectiva que as ações aqui relatadas foram realizadas pelo médico responsável pelo projeto sem o apoio da equipe e do gestor do município.

A intervenção foi realizada no cotidiano do meu serviço da seguinte maneira: nas sextas-feiras, não exclusivamente, das 7:00 às 16:00 horas, integrada a equipe 54 da UBS/ESF de Nova Natal, RN. Reitero que o trabalho foi planejado e executado pelo autor da intervenção sem apoio dos demais integrantes da equipe. Os atendimentos relacionados ao foco da intervenção era realizado pelo médico que durante as consultas fazia a seleção dos usuários que participariam do projeto e também executava o preenchimento da documentação estabelecida no projeto segundo as exigências do curso. A seguir serão expostas as ações realizadas e uma breve discussão das potencialidades e limitações encontradas durante o desenvolvimento do trabalho.

Conforme previsto no projeto o especializando fez contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade religiosas da área de abrangência da UBS/ESF apresentado o projeto e esclarecendo a importância da realização da prevenção e tratamento precoce da hipertensão e da diabetes.

Com relação aos hipertensos e diabéticos que deveriam estar com o exames clínicos e complementares em dia de acordo com o protocolo foram ações desenvolvidas na íntegra, ou seja, por estas ações dependiam do médico, logo, foi possível realizar com todos os usuários atendidos. Uma ressalva importante sobre os exames complementares, todos os exames foram solicitados, no entanto, por falta de disponibilidade de laboratório vinculado ao SUS no município nem todos os usuários realizaram. Ainda, ações como: estratificação de risco cardiovascular,

exame clínico em dia, orientações nutricionais sobre alimentação saudável, orientação sobre prática de atividade física regular, realização de orientações sobre os riscos do tabagismo e orientações sobre higiene bucal para hipertensos e diabéticos foram realizadas em todos os atendimentos sendo que a motivação e compromisso do médico foram fatores essenciais para o desenvolvimento das mesmas.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Apesar de várias reuniões realizadas com a equipe solicitando apoio dos colegas e do gestor da unidade não fui capaz de convencê-los sobre a necessidade e da importância de realizar a intervenção. Depois de muita argumentação e insistência meu gestor da UBS/ESF relatou que não alteraria o processo de trabalho da equipe para que o médico realizasse uma intervenção relacionada ao curso de especialização. O gestor da equipe ainda relatou que eu poderia trabalhar e aproveitar as instalações e a equipe, no entanto teria que considerar o que tinha no momento. Para elucidar estas considerações posso citar que no projeto previ uma sequencia de atendimentos em três tempos para os usuários que chegassem a UBS e fizessem parte do público alvo. Assim, o usuário que chegasse a unidade seria acolhido pela técnica em administração que passaria o usuário para a técnica em enfermagem para verificar peso, altura e a pressão arterial e logo após a enfermeira faria a sua consulta, passando posteriormente para o médico. Esta sequencia não aconteceu, pois a técnica em enfermagem e a enfermeira não realizavam as ações.

A única situação que ocorria era o acolhimento do usuário que logo era passado para o médico. Vejam mais uma vez o descaso da equipe para com a intervenção. Neste mesmo contexto o dentista da equipe não apoiou a intervenção, até cheguei a solicitar apoio de outro dentista que trabalha na UBS, mas foi inválido, sendo que argumentava que já tinham que realizar os atendimentos das suas respectivas equipes. Portanto, as consultas odontológicas voltadas para os hipertensos e diabéticos não foram realizadas conforme o protocolo da intervenção não havendo necessidade de realizar busca ativa e mesmo que houvesse as buscas não seriam realizadas, pois as ACS não apoiavam a intervenção também.

Nossa intervenção foi projetada para ser realizada em 16 semanas, no entanto o curso determinou a redução para 12 semanas. Também projetamos a

impressão de 100 fichas espelhos na UBS, mas depois de várias solicitações ao gestor da UBS isso não foi possível, foi alegado pelo gestor falta de material. Para que o trabalho fosse realizado as impressões foram custeadas com recursos próprios do especializando.

Não fui capaz de mobilizar a imprensa local para participar de programas na rádio comunitária. Neste mesmo contexto, não foi possível mobilizar as agentes comunitárias de saúde para auxiliarem na divulgação do projeto. Para ter uma idéia das dificuldades de trabalhar com as agentes comunitárias de saúde, elas não concordaram em orientar o motorista do carro de som para a divulgação das ações em suas respectivas microáreas.

No que diz respeito ao contato para esclarecimentos, planejamento e solicitações para com o gestor e/ou cadeia administrativa da UBS/ESF foi em vão, ou seja, não consegui obter êxito nestas ações. Quando a solicitação era oficializada por escrito não recebi nenhuma resposta e quando a solicitação era de forma verbal a resposta que obtinha era sempre negativa.

Já no final das 12 semanas e depois de muita insistência com os agentes comunitários estes começaram a agendar os usuários para as reconsultas nas sextas-feiras, reiterando que este trabalho era realizado dentro da rotina de serviço do ACS. Desta forma, fica claro que agregar a intervenção à rotina da UBS não é tarefa tão complicada assim.

Para finalizar esta parte do relatório preciso colocar que a cobertura do programa de melhoria da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos foi baixa justificada pelos motivos já citados neste relatório, como a falta de apoio da equipe.

A ficha complementar prevista, para atenção odontológica, não foi utilizada, devido a não contar com dentista, durante o desenvolvimento das ações programáticas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

No geral consegui entender os procedimentos de registros e quando acontecia alguma dúvida procurava conversar com o meu orientador pelo DOE. Os registros nas fichas de acompanhamentos não foram realizados na íntegra, pois esta tarefa como todas as outras foram realizadas pelo médico responsável pela intervenção que acumulou muitas tarefas com a intenção de dar conta do projeto de intervenção.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Para a UBS/ESF em que estou atuando qualquer atividade nova, novo procedimento, nova rotina de trabalho que requeira mudanças, seja necessário maior envolvimento pessoal, maior quantidade de recursos e sem incremento de salário dos servidores será recebida com alto nível de resistência. As ações programáticas nesta UBS/ESF são evidentemente Médico dependente. Ainda, na minha opinião, com a finalização do curso a intervenção será esquecida. Tenho convicção que esta intervenção é de extrema importância para melhorar a qualidade do atendimento aos hipertensos e diabéticos que pertencem à área de abrangência de nossa UBS/ESF e claro, muito ainda é necessário fazer para re-adequar a qualidade de vida desta população tão carente de educação e condições mínimas de vida. Temos em evidência um problema de gestão no município e na gestão da UBS.

Para que alguma mudança no processo de trabalho seja implementada nesta unidade de saúde será necessário mudanças na gestão, melhora na infraestrutura, também deverá haver qualificação dos servidores em geral onde saliento: os técnicos em enfermagem, a enfermeira e até mesmos nos seguranças da unidade. A mudança precisa ser geral, caso contrário o médico que chegar aqui não terá condições mínimas e suficientes para almejar mudanças no quadro de saúde desta população desassistida de educação, moradia, transporte, lazer e trabalho. O tempo passará, mas no fim, com certeza isso acontecerá, com ou sem o médico.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Creio importante salientar que este aluno foi transferido de Município, e onde ele estava, onde procurou de forma intensa contatar com o gestor para ocasionar mudanças na UBS e este foi o motivo principal da mudança de município, e o município anterior, foi desligado do Programa Mais Médicos pela Comissão Estadual da Saúde do Rio Grande do Norte, com o apoio do Ministério da Saúde. Assim, nesta oportunidade, fui mais cauteloso quanto ao contato com o gestor o que também refletiu nos baixo percentuais dos indicadores. Este tipo de trabalho deve ser realizado pela equipe de saúde e, no meu caso a equipe não colaborou. O engajamento público ficou prejudicado, pois sem apoio da equipe seria impossível contatar com os líderes comunitários para mobilizarem a população a participar do nosso trabalho. Reitero, sempre foi de conhecimento do meu orientador as dificuldades pelas quais passei, e também, o meu orientador sempre deixou claro para o apoio pedagógico as limitações encontradas durante o estudo.

Cobertura

Objetivo 1: Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 50% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

A cobertura do programa de atenção à saúde voltada para os hipertensos e diabéticos foi aquém do que esperávamos. Para os hipertensos foram obtidos os seguintes resultados: mês 1=9,5%(79), mês 2= 17,6%(146) chegando no mês 3 a

23%(197). Já para os diabéticos no mês foi de 13,9%(33), no mês 2 foi de 24,9%(59) atingindo no mês 3 o percentual de 32%(76) conforme Figura 1 e 2, respectivamente. O fator que contribui para não obtermos melhores resultados foi a falta de apoio da equipe de saúde.

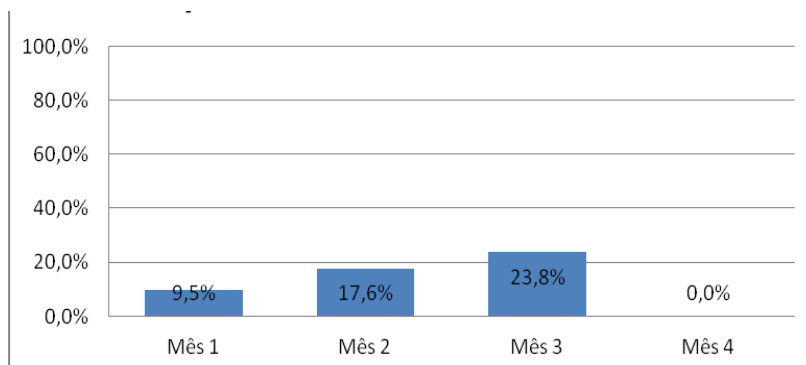


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

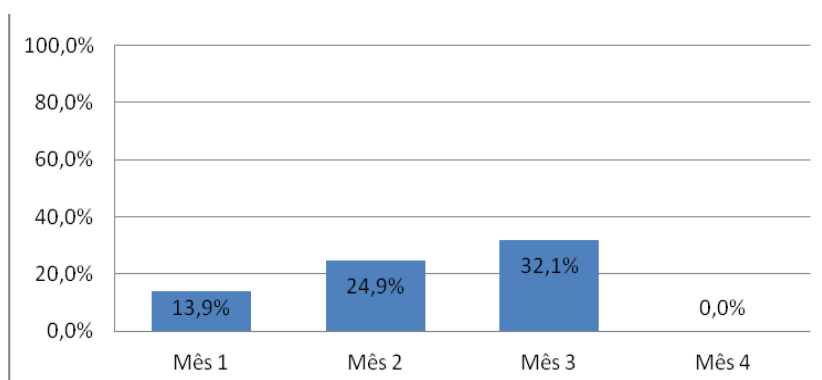


Figura 2: Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na unidade de saúde.

Qualidade

As metas que foram alcançadas em 100% serão apresentadas em blocos para facilitar a leitura e entendimento dos resultados.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atenção à hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% de hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% de diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Com relação ao exame clínico apropriado de acordo com o protocolo para hipertensos e diabéticos atingimos a meta proposta de 100% durante os três meses da intervenção, sendo que a progressão da meta mês a mês para os hipertensos e diabéticos foi respectivamente: mês 1= 79, mês 2=146 e mês 3=197; mês 1= 33, mês 2= 59 e mês 3=76.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

A garantia de solicitação de exames clínicos apropriados para hipertensos e/ou diabéticos foram atingidas em 100% durante os três meses da intervenção, sendo que a progressão da meta mês a mês para os hipertensos e diabéticos foi respectivamente: mês 1= 79, mês 2=146 e mês 3=197; mês 1= 33, mês 2= 59 e mês 3=76. As metas foram atingidas tendo em vista que durante as consultas o médico diagnosticava quem era hipertenso e/ou diabético e executava as tarefas conforme o protocolo.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

O indicador de proporção de hipertensos e diabéticos com prioridade de prescrição de medicamentos da farmácia popular não atingiu a meta de 100% em função que alguns usuários não utilizavam a farmácia popular, porém sempre que

possível foi prioridade prescrever e encaminhar o usuário para a farmácia popular. Os percentuais deste indicador foram evoluindo ao longo da intervenção devido aos esclarecimentos feitos pelo médico aos usuários que resolviam aderir aos medicamentos da farmácia popular tanto para os hipertensos e/ou diabéticos. A evolução ocorreu da seguinte maneira para hipertensos e diabéticos respectivamente: mês 1= 88,6%(70), mês 2= 93,8%(137) e mês 3= 95,4%(188); mês 1= 90,9%(30), mês 2= 94,9%(56) e mês 3= 96,1%(73) conforme Figura 3 e 4.

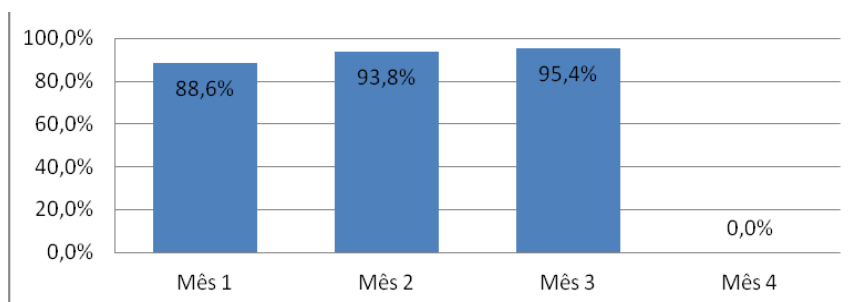


Figura 3: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular.

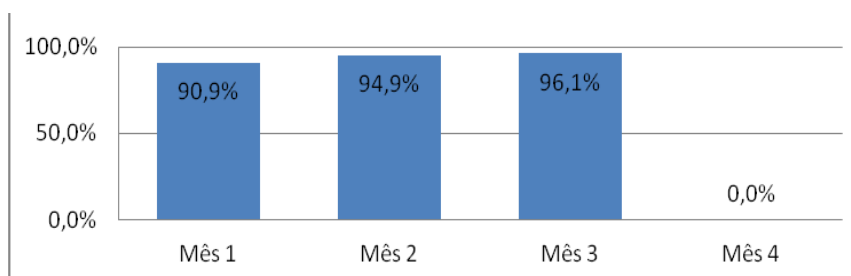


Figura 4: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A avaliação da necessidade de atendimento odontológico, em forma geral, foi realizada, em forma rotineira por o Medico, mais não foi realizada por o dentista, em função de não haver dentista na minha equipe e os demais dentistas existentes

na UBS não aderiram a ação programática, ainda com a própria coordenação da unidade foi argumentado e solicitado apoio a qual argumentou que não era possível incrementar a tarefa aos dentistas, tendo em vista que eles já tinham sua agenda completa e não tinha tempo extra para atender mais usuários. Dessa maneira, as ações de responsabilidade do dentista não foram realizadas durante as 12 semanas de intervenção.

Adesão

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Durante a intervenção tivemos 6 hipertensos e 5 diabéticos faltosos, mas não foi realizado busca ativa. Como não tinha apoio da equipe foi dada prioridade para o cadastro de novos usuários e para as reconsultas daqueles que já tinham comparecido à primeira consulta e estavam retornando para a unidade.

Registros

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Os registros nas fichas de acompanhamento foram satisfatórios. Consegui manter os percentuais do indicador acima de 96% chegando a 98% no último mês da intervenção, o que ocorreu de maneira similar para hipertensos e diabéticos da seguinte maneira: para os hipertensos no mês 1= 96,2%(76), mês 2= 97,9%(143) e mês 3= 98,5%(194) e para os diabéticos foi de no mês 1= 97%(32), mês 2= 98,3%(58) e mês 3= 98,7%(75) conforme Figuras 5 e 6. Não consegui atingir o 100% conforme a meta devido a alguns dias a UBS estar cheia de usuários para atender e acabei não realizando o registro dentro do momento oportuno, ou seja, durante o atendimento e com o ficou para depois acabei não realizando.

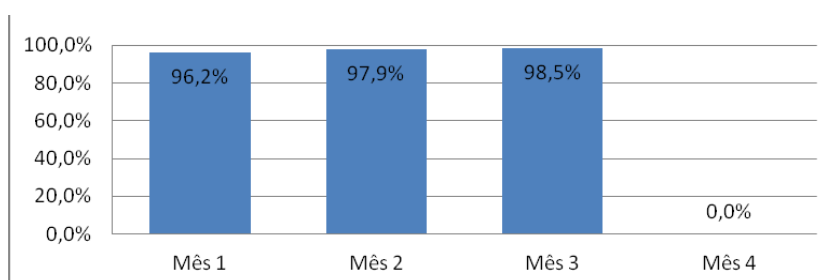


Figura 5: Hipertensos que tiveram os registros adequados na ficha de acompanhamento.

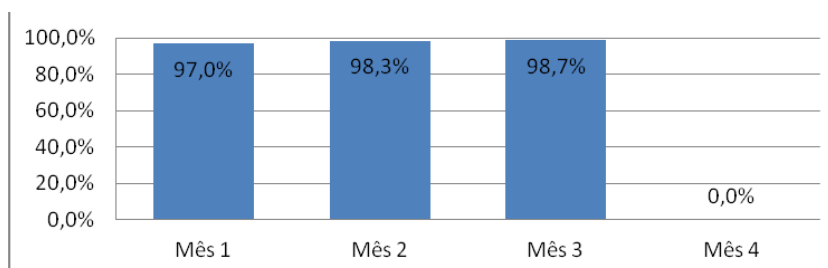


Figura 6: Diabéticos que tiveram os registros adequados na ficha de acompanhamento.

A seguir serão apresentados os indicadores que compõe a Avaliação de Risco e a Promoção de Saúde dos hipertensos e/ou diabéticos atendidos durante a intervenção. Para estes dois blocos de indicadores as metas previstas foram alcançadas, ou seja, foi 100% em todos os 3 meses de intervenção. Para chegar a este percentual o médico foi o responsável em realizar todas as ações ligadas aos respectivos indicadores, por exemplo: a proporção de hipertensos e/ou diabéticos com estratificação de risco chegou a 100% em função do médico fazer o mapeamento do risco cardiovascular durante as consultas direcionadas ao público alvo e assim, sucessivamente aconteceu nos demais indicadores, inclusive na saúde

bucal. E os quantitativos evoluíram mensalmente de forma igualitária para a avaliação de risco e promoção de saúde em sua totalidade dos indicadores, sendo da seguinte maneira: mês 1= 79 (100%), mês 2=146(100%) e mês 3=197(100%); mês 1= 33(100%), mês 2= 59(100%) e mês 3=76(100%).

Avaliação de risco

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Promoção de saúde

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Para finalizar a descrição dos resultados, resolvemos apresentar em forma do bloco os indicadores para a avaliação de risco e promoção de saúde em função que os quantitativos foram todos iguais para hipertensos e diabéticos sendo alcançadas as metas previstas de 100% em todos os meses (mês 1= 79, mês 2=146 e mês 3=197; mês 1= 33, mês 2= 59 e mês 3=76), como anteriormente apresentados.

O médico foi o responsável para as orientações de saúde bucal durante as consultas médicas enfatizando sempre a frequência das escovações e importância da dieta para saúde bucal. Ainda, durante as consultas, o médico orientava sobre a higiene das próteses dentárias. Apesar destas ações de orientação sobre saúde bucal não ser de exclusividade do cirurgião-dentista, pensamos que seria importante ter o apoio da equipe de saúde bucal para enfatizar as orientações dadas pelo médico.

As orientações sobre os aspectos nutricionais e sobre a realização de exercícios físicos, de modo geral, eram dadas pelo médico. Quando aconteceu de algum usuário apresentar alguma situação mais específicas, como por exemplo: usuário com alterações severas de HAS eram solicitados exames complementares como o eletrocardiograma e posteriormente era feito o encaminhamento para o especialista. Da mesma forma acontecia com aqueles usuários que necessitavam de orientações de um nutricionista, ou seja, os mesmos eram encaminhados ao nutricionista. Com relação às orientações sobre o tabagismo o médico também executava esta tarefa durante as consultas clínicas, lembrando que o apoio da equipe foi praticamente nulo. Encerrando, não realizamos o grupo dos hipertensos e diabéticos em função da equipe não participar da intervenção.

4.2 Discussão

Apesar de todas as limitações já elencadas durante os resultados, sendo a principal a falta de engajamento da equipe na intervenção, em minha unidade básica de saúde, a ação programática propiciou uma sistematização das ações para HAS e DM de forma incipiente conduzida pelo médico. As ações conduzidas melhoraram indicadores de qualidade de forma em geral. Salientamos e destacamos os indicadores de promoção de saúde como: orientações nutricionais sobre como conduzir uma alimentação saudável, necessidade de adesão à prática de exercícios físicos, sobre os riscos do tabagismo e sobre a necessidade de cuidados específicos com a higiene bucal. O que foi trabalhado de forma intensa para ambos os grupos.

Durante a fase de elaboração do projeto foi prevista, como uma das primeiras ações, reunir a equipe para explicar como seria o desenvolvimento da ação programática e a necessidade de capacitar a equipe, visando realizar as ações conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde considerando ações de rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. No entanto, a integração com equipe ficou a desejar após vários momentos de conversa com a equipe não foi possível desenvolver as ações de capacitação tendo em vista que os colegas não se engajaram na proposta da ação programática. Portanto, o trabalho ficou restrito ao empenho do médico para desenvolver minimamente as ações de divulgação para a comunidade, no entanto ao final da intervenção as ações começaram a ser apoiadas, de maneira tímida, por algumas ACS.

Necessitamos de apoio da coordenação da ESF/UBS para que viabilize o engajamento da equipe e as ações sejam distribuídas entre os integrantes da equipe, sendo cada trabalhador responsável nos cuidados da saúde da população como um todo.

Durante a realização do trabalho houve uma melhora na realização dos registros e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos aconteceu conforme já vinha sendo trabalhado pela equipe, ou seja, a grande maioria foi atendida por demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos foi crucial para dar andamento no atendimento destes usuários, no entanto a falta de medicamentos constitui-se em um fator limitante no tratamento das pessoas.

O impacto da intervenção não foi percebido pela comunidade, mas os

hipertensos e diabéticos que foram atendidos dentro dos parâmetros da intervenção demonstraram satisfação. A cobertura do programa foi baixa e ainda temos usuários hipertensos e diabéticos sem cobertura. Durante os atendimentos a comunidade comentava sobre a importância de ter um médico de referência na comunidade o que até pouco tempo não existia. Com estes relatos é possível perceber que aos poucos, porém com muitas limitações, o médico vem desenvolvendo ações que permitem estimular o vínculo com a população. Talvez o acolhimento e dedicação que do médico em relação a população sejam fatores fundamentais no estabelecimento de uma nova rotina nesta UBS. Com a continuidade do trabalho nesta unidade de saúde e de forma cadenciada acreditamos que mudanças possam ocorrer ao longo do tempo tanto para o lado da comunidade como para o lado do gestor.

Depois de ter esta experiência com a intervenção, no contexto desta UBS/ESF, penso que seria importante divulgar melhor a intervenção desde os primórdios da proposta, ou seja, a equipe precisa ser melhor trabalhada. Existe necessidade de motivá-la, a saúde mental dos trabalhadores está perturbada, o salário e as condições de trabalho estão sempre em evidência, não há responsabilidade de atender o público, e isso me parece, que vem da gestão que não implementa uma política de saúde viável para o município e que acaba afetando de maneira específica os trabalhadores que não reagem a uma proposta de mudança em sua rotina de trabalho.

Considerando o quadro de limitações que estão sendo apresentadas, afirmamos que a ação programática foi centrada no médico e não cumpriu com a proposta básica do curso, ou seja, de incorporar a ação programática à rotina da UBS. Talvez esta colocação cause frustrações, principalmente no corpo docente do curso, mas é preciso relatar a realidade e pior é omitir dados. A verdade é dura e não pessoalizada.

No contexto desta intervenção muitas coisas precisam ser melhoradas, penso que a mudança na forma e ações da gestão sejam primordiais. Também há necessidade de investir e conscientizar os trabalhadores sobre sua importância e missão dentro de uma UBS ainda mais quando se fala em Estratégia de Saúde da Família, que se propõe a mudança do modelo de atenção, ou seja, a atenção à saúde deve ser desvinculada da doença e deve ser centrada na saúde. Assim será possível melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos, priorizando melhorar o

acesso, a obtenção de exames via SUS, ampliar e qualificar o controle da hipertensão arterial e da glicemia capilar com aparelhos e materiais suficientes e em pleno funcionamento.

Para o profissional, especializando, a intervenção proporcionou um diagnóstico detalhado do sistema de saúde do município de Nova Natal, o qual traz muitas incertezas e inseguranças para o futuro. É percebível, através dos resultados, que o trabalho do médico de forma isolada, sem apoio da equipe, com equipamentos precários e sem apoio logístico avança de forma lenta e a população sofre com as mazelas do dia a dia. Há necessidade de rever os resultados das ações, mas para isso são necessárias condições de trabalho e pessoal motivado e capacitado para tal proposta.

5 Relatório da intervenção para gestores.

Cabe ao aluno, realizar a seguinte aclaração.

O Gestor do Município de Natal trocou durante o tempo das ações programáticas realizadas e com a troca o novo gestor implementou muitas das reivindicações que o aluno realizou durante a intervenção. Por exemplo, o novo gestor, forneceu os agentes comunitários, forneceu materiais e equipes, assim como medicação apropriada, portanto destaco que em geral, o relatório para o gestor, fica defasado no tempo, mas é fiel com a realidade vivenciada oportunamente.

Prezado Gestor!

A intervenção que desenvolvemos na UBS de Nova Natal, Natal/RN, a qual pertence, teve como objetivo melhorar a qualidade da atenção aos usuários com hipertensão e diabetes da área de abrangência da equipe e incorporar a ação programática à rotina da UBS. Para o desenvolvimento da intervenção foi previsto aumentar a cobertura da população alvo, melhorar a qualidade do atendimento fazendo o exame clínico correto, garantir exames complementares, priorizar medicamentos da farmácia popular, realizar o exame clínico intrabucal para verificar a necessidade de atendimento odontológico, melhorar a qualidade dos registros de atenção à saúde, melhorar a participação dos usuários controlando e reagendando os faltosos e realizando ações de promoção de saúde. Para a realização deste trabalho precisávamos mobilizar a comunidade como um todo, ou seja, a população alvo e os integrantes da equipe.

Com este breve relato da intencionalidade do trabalho fica claro que necessitávamos também do apoio do gestor para que pudéssemos equacionar as ações contando com a disponibilidade de insumos, medicamentos, equipamentos e

melhores condições de trabalho. Assim, durante a fase de planejamento procuramos estabelecer contato com a gestão municipal para superar algumas dificuldades relativas a recursos humanos, materiais, insumos (materiais de consumo) e medicamentos que existem em nossa UBS/ESF. No entanto, não obtivemos resposta de nosso contato que foi realizado através de um memorando.

Também é importante salientar que o curso foi de caráter obrigatório e estava integrado ao Programa Mais Médicos. Sendo que a não realização do curso pelo aluno/médico levaria ao desligamento do programa. Para cumprir com a normatização do Programa Mais Médicos e não deixar a população desassistida procurei realizar a intervenção da melhor maneira possível. Contratei um carro de som com recursos próprios para divulgar o trabalho que seria realizado. A equipe, em conjunto com o coordenador da UBS, não apoiou a realização do trabalho. Sendo que um dos objetivos primordiais da realização da intervenção seria de implementar a ação programática na UBS/ESF preconizada pelo Ministério da Saúde, onde toda a equipe deveria contribuir materializando o engajamento dos trabalhadores em prol do atendimento da população. Posso dizer com orgulho, que com todas as limitações, no final da intervenção alguns dos Agentes Comunitários de Saúde estavam me ajudando na divulgação do projeto e no agendamento dos usuários.

Durante a realização das tarefas do curso chegamos a um diagnóstico da situação dos hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência que descreve a necessidade de melhorar esta atenção. Em nossa área foi estimado que existem 829 pessoas hipertensas e/ou 237 diabéticos. A cobertura destes usuários era de 27% e 30% apenas, respectivamente. Fica claro que havia e há a necessidade de melhorar a atenção aos hipertensos e/ou diabéticos. Conseguimos durante 12 semanas de intervenção atingir uma cobertura de 23%(127) de hipertensos e de 32%(72) de diabéticos. Dos usuários que foram cadastrados no programa 100% receberam atendimento conforme o protocolo do Ministério da Saúde, 100% receberam as solicitações de exames complementares, 100% receberam avaliados quanto ao risco cardiovascular, 100% receberam orientações sobre alimentação saudável, sobre a necessidade de prática regular de exercícios físicos e orientações sobre os riscos do tabagismo. E ainda, mais de 90% receberam prescrições de medicamentos existentes na farmácia popular e 100% dos usuários atendidos receberam orientações sobre uma boa higiene bucal.

Todas estas ações foram realizadas pelo médico para aqueles usuários que foram possíveis cadastrar. Neste momento, fica evidente que a participação da equipe é de extrema importância no desenvolvimento das atividades. Durante as reuniões da equipe expliquei os objetivos do trabalho, mas como resposta apenas recebia que era um serviço a mais e pessoas relatavam que tinham baixos salários pelo trabalho que executavam, ou seja, várias eram as desculpas e muita desmotivação foi evidenciada.

Prezado gestor, após fazer este relato sobre a intervenção que realizei gostaria que você junto com a sua equipe fizesse uma reflexão sobre o que escrevi, e, tudo o que está escrito aqui, não é no sentido de denegrir a imagem da gestão e da instituição pública, pelo contrário é com o objetivo de expor os fatos vivenciados por este médico estrangeiro no seu dia a dia de trabalho. Tudo tem como objetivo melhorar as condições de saúde da população que possui características que os levam a estar em risco social, ou seja, são pessoas de baixa renda, com moradias precárias, com baixo nível educacional e com grande demanda na área da saúde. Portanto, há necessidade de maior investimento de recursos financeiros com o intuito de proporcionar melhores condições de trabalho e ao mesmo tempo melhorar a condição de vida das pessoas. Muito obrigado pela sua atenção e fico à disposição para dialogarmos e construirmos juntos melhores condições de vida para esta população tão sofrida.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade.

Prezada Comunidade,

É com imensa satisfação que venho fazer um relato de parte do trabalho que venho executando na UBS/ESF de Nova Natal. Para iniciar farei uma explanação de como cheguei a até esta UBS. O Programa Mais Médicos foi criado no Brasil com o intuito de levar atendimento médico a comunidades da periferia das capitais e comunidades de municípios distantes das capitais brasileiras que não possuíam atendimento médico. Fiz minha inscrição e fui selecionado para participar do programa. Quando cheguei ao Brasil recebi a destinação de para o município de Ceara Mirim, no qual não fiquei por muito tempo. Logo após fui destinado para Natal onde assumi o trabalho na UBS de Nova Natal. No contexto do Programa Mais Médicos existe a exigência que os profissionais realizem um curso de Especialização em Saúde da Família para que possam conhecer melhor o Sistema de Saúde do Brasil e ao mesmo tempo recebam informações de organização do atendimento da população. Assim contextualizado, iniciei o curso que esta vinculado à Universidade Federal de Pelotas no Rio Grande do Sul e a Universidade Aberta do SUS (UNASUS) e, tinha como proposta central desenvolver um trabalho de organização e sistematização dos atendimentos de um grupo populacional. Durante o curso realizei atividades de cunho preventivo, educativo e assistencial (realizar atendimentos clínicos para a população) para as pessoas com diagnóstico de hipertensão e diabetes. Para que vocês tenham uma melhor idéia o título do trabalho foi: MELHORIA NA QUALIDADE DO ATENDIMENTO À SAÚDE DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DA UBS/ESF DE NOVA NATAL – RN. Procurei mobilizar a equipe para que me apoiasse no desenvolvimento das atividades programadas, no entanto, não fui compreendido de forma integral pelos meus colegas, ou seja, eles não conseguiram compreender a necessidade de organizar e sistematizar uma ação dirigida aos hipertensos e diabéticos da área de abrangência de nossa UBS/ESF.

Sob o ponto de vista da equipe as ações estavam sendo realizada de forma satisfatória e não haveria necessidade de mudar a rotina, também aconteceram muitas queixas em relação às condições de trabalho e com relação aos valores dos salários que recebem. Estes dois fatores interferiram de forma significativa na não adesão dos colegas na proposta de trabalho, ou seja, na intervenção que visava a melhoria no atendimento dos hipertensos e diabéticos.

Para otimizar a realização da intervenção, também procurei apoio dos gestores da UBS/ESF e da Secretaria Municipal da Saúde. Para o gestor da UBS/ESF oficializei a necessidade de realizar a intervenção em função de ser uma exigência legal do curso de Especialização em Saúde da Família ligado ao Programa Mais Médicos do Ministério da Saúde. Fui devidamente autorizado pelo gestor, que colocou a unidade à disposição, mas sem a obrigatoriedade do apoio dos demais componentes da equipe. Também fiz contato com o gestor municipal de forma verbal e por escrito. Durante os contatos que tive com o gestor municipal enviei um memorando alertando da necessidade da realização do curso e da necessidade de ter apoio da gestão do município para realização do curso, o que, demandaria investimentos e melhoria nas condições de trabalho da UBS. Infelizmente não recebi retorno de minhas solicitações. Todas estas informações foram passadas para o meu orientador do curso que levou estas considerações para o apoio pedagógico e sempre tive como orientação que realizasse a intervenção/trabalho com as condições que eu tinha a minha disposição naquele momento.

Para que vocês entendam a intervenção que desenvolvi tinha como objetivo melhorar o atendimento aos hipertensos e diabéticos e que a nova sistemática de trabalho fosse incorporada á rotina da UBS. Vejam que um trabalho com esta magnitude exige o apoio e trabalho de todos na UBS e ainda do gestor municipal provendo a UBS com equipamentos, materiais e medicamentos necessários o que, infelizmente, não obtive durante a realização da intervenção, apesar de todas as solicitações realizadas. Mesmo dentro deste quadro procurei realizar as atividades propostas da melhor maneira possível. Durante 12 semanas que desenvolvi a intervenção consegui cadastrar 129 hipertensos e/ou 76 diabéticos o que corresponde a menos de 25% dos hipertensos e menos de 33% de diabéticos que se estima existir em nossa área de abrangência. Muitos documentos eram necessários preencher durante a realização do trabalho o que demandava muito

trabalho e paralelamente ao trabalho realizava o atendimento de minha agenda de usuários. Durante as consultas muitas orientações eram, e ainda são, passadas aos usuários como, por exemplo: orientações para alimentação saudável, necessidade de realizar atividades físicas, sobre o risco do tabagismo e sobre os métodos adequados para realizar uma boa higiene bucal. E ainda durante as consultas era estabelecido o risco cardiovascular de cada pessoa e eram prescritos os medicamentos necessários para o controle das doenças. No contexto dos medicamentos tivemos vários problemas devido a vários medicamentos não serem disponibilizados na farmácia básica, sendo que muitas medicações nem sempre estão disponíveis na farmácia popular, sem custo para o usuário, situação esclarecida e informada ao gestor.

Então, procurei divulgar a intervenção contratando um carro de som, o que funcionou de forma parcial e no final da intervenção obtive o apoio de algumas ACS na divulgação e no agendamento dos usuários. Pretendo dar continuidade a intervenção, mas preciso de apoio da gestão da UBS/ESF, do município e da população. Sozinho não terei motivação suficiente para dar continuidade e melhorar o atendimento que pretendo dar a todos vocês. Desde já agradeço a todos que participaram da intervenção até o momento e as pessoas da comunidade que entenderam o que estava ocorrendo em nossa unidade de saúde, ou seja, uma rotina de trabalho organizada e sistematizada com o intuito de melhorar o atendimento das pessoas que frequentam a unidade.

Para finalizar, convoco a comunidade para organizar o conselho local de saúde para discutir temáticas relacionadas à UBS/ESF e levar propostas para os gestores da UBS e do município, pois a população precisa participar de forma intensa e organizada materializando as normatizações do Sistema Único de Saúde colocadas na Constituição Federal do Brasil, ou seja, a Saúde é um direito de todos e um dever do estado. Muito obrigado!

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Quando você tem a rara oportunidade de trabalhar em diferentes países, cultura, língua e história muito diferente, é muito importante ter a oportunidade de conhecer o sistema de saúde que este país decidiu dar a si mesmo, de acordo com as diferentes forças sociais e políticas que atuam nele.

Após a realização deste curso e o desenvolvimento da atividade no SUS, no posto da saúde, que na verdade a denominação correta é UBS/ESF, posso dizer que conheci, ao menos em forma parcial, o SUS do Brasil. Como o Programa Mais Médicos teve a sua concepção através de acordos políticos, o curso significou para mim exatamente isso, uma oportunidade para conhecer o sistema de saúde brasileiro, em particular o SUS.

Para a prática profissional tive a oportunidade de ter uma visão mais ampla da medicina, além das atividades realizadas em um hospital ou durante o atendimento de urgências, emergência e na realização de cirurgias, para o qual eu estava muito acostumado, antes de ingressar ao Programa Mais Médicos.

Ter uma visão mais ampla da medicina é muito importante, pois nos dá a oportunidade de ter mais ferramentas no momento de tomar as decisões clínicas e terapêuticas em nome dos nossos usuários, a razão em fim de toda a nossas preocupações profissionais na área da medicina e da saúde como um todo.

Além dos aspectos específicos relacionados à medicina, este curso, obrigatório para os médicos ligados ao Programa Mais Médicos, também proporcionou o aprendizado em outras áreas tais como: melhoramos a escrita e a comunicação oral em português, o curso à distância trouxe novos ensinamentos, melhoramos o trabalho na UBS/ESF mesmo que de forma incipiente, a população hipertensa e diabética ganhou um melhor e mais organizado atendimento. Todos estes aspectos, sem lugar a dúvidas, constituem resultados deste curso a distância.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH. NATIONAL HEART, LUNG AND BLOOD INSTITUTE, The sixth report of the joint national committee on prevision, detection, evaluation, and treatment of high blood pression. NIH Publication (USA), v. 98, n. 4080, nov. 1997.

RIBEIRÃO PRETO, Secretaria Municipal de Saúde. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina. Departamento de Enfermagem. Divisão de Endocrinologia, Curso de Atualização em diabetes para profissionais de saúde. Ribeirão Preto, 1999.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente. Departamento de Ações em Saúde. Programa de controle do diabetes mellitus tipo 2, Seção de Controle de Agravos Crônicos degenerativos. Normas Técnicas e Operacionais. Porto Alegre, 1997.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, 3.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Conselho Brasileiro de Oftalmologia. Detecção e tratamento das complicações crônicas do diabetes mellitus: consenso brasileiro, Arg. Bras. Endocrinol. Metab. v.43, n.1, p. 7-13, fev., 1999.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Consenso Brasileiro de conceitos e condutas para o diabetes mellitus: recomendações. São Paulo, 1997.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2: recomendações, Arg. Bras. Endocrinol. Metab. v.44

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. Centro de Diabetes, Atualização em diabetes mellitus. São Paulo, 1999.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1									
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
	6								
	7								
	8								

Apresentação / Orientações / Dados da UBS / **Mês 1** / Mês 2 / Mês 3 / Mês 4 / Indicadores

Anexo C - Ficha espelho



Especialização em
Saúde da Família
e Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não
 Nome do cuidador _____ Telefones de contato: _____/_____/_____
 Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Está cadastrado no HIPERDIA? () Sim () Não
 Há quanto tempo tem HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

[illegible][illegible]